

ня, розташування поряд з ниркою сечового міхура з різним ступенем його наповнення сечею та кишківника ми не вважали за необхідне застосовувати високоенергетичні режими генерації ударних хвиль і обмежувались рівнями енергії не вище 17 кВ (в середньому $16,6 \pm 0,46$ кВ). Однак для більш ефективної і швидкої фрагментації каменя кількість імпульсів та їх режим розраховували згідно з рекомендаціями та ступенем щільності каменя (Патент України № 86276). У 28 випадках ДЛТ при тазовій дистопії нирки супроводжувався внутрішнім дренированием миски перед та після сеансів.

При проведенні сеансів літотрипсії каменів у пацієнтів з тазовою дистопією нирки виявилися деякі особливості, на які вкрай необхідно звертати увагу: по-перше, нирка знаходиться поряд з сечовим міхуром, який в процесі сеансу має різну ступінь наповнення і заважає літотрипсії. Дистопірована нирка має розсипний тип кровопостачання і поряд з мискою нирки проходить значна кількість артеріальних та венозних судин, поряд з ниркою знаходяться петлі кишківника, що потрібно брати до уваги при виборі режимів сеансів літотрипсії, коректному фокусуванні ударної хвилі.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕТОЧНИКА, А ВОЗМОЖЕН ЛИ ОН? ЭКСТРАВАЗАЦИЯ МОЧИ В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.М. Фридберг ¹, Э.А. Светличный ²

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

В 2003 г. в журнале «Урология» № 4 была опубликована статья профессора А.В. Люлько о патогенезе экстравазации мочи и пиелоренального рефлюкса в условиях острого и хронического нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Термин «экстравазация мочи (экстра + vas сосуд — накопление серозно-геморрагического экссудата или небольшого количества крови около кровеносного сосуда) необходимо пересмотреть. Впервые на проникновение мочи за пределы чашечно-лоханочной системы на экскреторных урограммах при «почечной колике» обратил внимание Fuchs. И с этого момента урологи очень часто отмечали при экскреторных исследованиях случаи экстравазации контрастного вещества за пределы полостной системы почки на фоне «почечной колики».

Возникновение такой специальности, как диапевтика позволяет во многих случаях отказаться от старых оперативных способов лечения в урологической практике. В 1993 г. в монографии под редакцией А.В. Морозова «Диапевтика в урологии (чрескожная инструментальная)» впервые в СССР прозвучал тезис, что «Жидкостное объемное образование» — обозначение патологического процесса, который характеризуется скоплением жидкого содержимого (гноя,

крови, мочи, лимфы) в ограниченном пространстве, образовавшемся интра- или параренально. Являясь общепринятой характеристикой таких поражений, как киста, абсцесс, гематома, пионефроз и др., термин «жидкостное образование одновременно подразумевает, что по отношению к этим видам поражения может быть применено «катетерное» лечение — пункция, эвакуация содержимого, дренирование патологической полости, введение (при необходимости) антисептического или склерозирующего препарата.

Последние пять лет нами были выявлены конкретные случаи, когда при «почечной колике» выполнялась литокинетическая терапия, на изгнание мочевого конкремента небольших размеров (от 3 до 6 мм) из мочеточника. Так называемое состояние, когда наши коллеги трактуют, как: «Камень мочеточника, с тенденцией к самоотхождению». В международной классификации такого диагноза нет. При этом клинически, болевой синдром легко купируется, сохраняется нормотермия, общий анализ крови остается «спокойным», т.е. никаких признаков катастрофического процесса в течение 5–6 суток наблюдения. Но при контрольной экскреторной пиелографии или при выполнении СКТ с болюсным введением контрастного вещества

определялось объемное жидкостное образование в забрюшинном пространстве и особенно в область почечного синуса или переуретерально. Мы были свидетелями, когда однозначно устанавливался диагноз: «Спонтанный разрыв мочеточника или лоханки. Мочевой затек». Традиционное решение вопроса, это «открытое оперативное вмешательство — люмботомия на стороне поражения», давало провальный результат. Так, перфорационное отверстие или место разрыва, при явном «мочевом затеке», обнаружить не удавалось. Таких случаев мы наблюдали 4 и такой мочевой затек мы стали называть «экстравазат». Во всех 4 случаях больным выполнялось «традиционное» оперативное вмешательство, которое завершалось уретеролитотомией, нефростомией и дренированием забрюшинного пространства. Послеоперационный койко-день традиционно составлял в среднем 12–16. Диспансерное наблюдение за подобной группой больных показало, что в результате проведенного лечения возникали изменения в забрюшинной клетчатке, в виде перинефрита, переуретерита, как результат рассечения тканей. В последующем это проявлялось и клинически: «панцирный» перинефрит, стриктура мочеточника.

Для решения подобной проблемы мы перестали прибегать в этой ситуации к люмботомии. В этом случае мы стали выполнять пунк-

ционную нефростомию полостной системы почки и дополнительно устанавливать второй дренаж *rig tail* в полость «экстравазата». После нормализации состояния пациента, а это в среднем 21 сутки амбулаторного лечения, мы выполняем контактную литотрипсию камня мочеточника и экстракцию его осколков (при необходимости стентирование, сроком до 1 месяца). Таких случаев за последние три года у нас было 19, осложнений в этой ситуации мы пока не наблюдали, все случаи взяты на диспансерное наблюдение в клинике.

Выводы:

1. С нашей точки зрения, проведение литокINETической терапии должно выполняться при тщательном наблюдении за пациентом, ежедневный ультразвуковой контроль, тщательная термометрия, общий анализ крови, при показаниях СКТ с болюсным введением контрастного вещества.

2. Порой субъективное «хорошее» состояние пациента при экстравазации мочи в паранефральную клетчатку может завершиться острым гнойным процессом.

3. С нашей точки зрения, пациенты с острозастойными процессами в почке подлежат почасовому наблюдению, т.к. вопрос дальнейшей тактики может радикально измениться в любую минуту.

НОМЕНКЛАТУРНИЙ ПРОФІЛЬ ЗБУДНИКІВ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КРИПТОСПОРИДІОЗУ ТА ЇХ ПРИРОДНА ПОШИРЕНІСТЬ В АРЕАЛІ

*С.І. Похил, І.І. Торяник, О.М. Тимченко, Н.А. Чигиринська,
І.А. Костира, М.І. Грищенко, В.М. Кривенко*

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»
Харківський національний медичний університет МОЗ України*

Криптоспоридіоз людини (A07.2 криптоспоридіоз, МКХ-10) — маловивчена (емерджентна) протозойна хвороба, спричинена найпростішими роду *Cryptosporidium*, які мають здатність до інвазії, розмноження і паразитування в епітелії ворсинок слизової оболонки деяких внутрішніх органів, у тому числі, сечостатевої системи, породжуючи специфічний інфекційний процес із характерними клінічними проявами та широким спектром варіацій тяжкості перебігу хвороби від самообмежуваних гострих субклінічних і легких (у імунокомпетентних осіб) до хронічних, тяжких захворювань із летальним

наслідком (у осіб з імунними порушеннями). Криптоспоридії — найпростіші еукаріоти (назва роду *Cryptosporidium* грецькою означає «прихована спора»), які належать до типу *Apicomplexa* (спорозоїти мають характерні апікальні комплекси) і утворюють самостійну групу *criptosporidiaz* родинною *Cryptosporidiidae*. За філогенетичною спорідненістю найбільш близькими до криптоспоридій є грегаріни, а більш віддаленими — представники груп гематозої, кокцидії. Криптоспоридії є надзвичайно різноманітними і поширеними у природі облігатними протозойними паразитами,